2.

TUMEUR FIBREUSE INTERSTITIELLE DE L'UTÉRUS.

OBSERVATION

Par M. Lucien A. H. BOYER.

(avec 3 planches).

Extrait de la Revue Médicale, cahier de Mars 1845.

PARIS,

IMPRIMERIE DE HAUQUELIN ET BAUTRUCHE,

RUE DE LA HARPE, 90.

1845.

TUMEUR

FIBREUSE INTERSTITIELLE

DE L'UTÉRUS.

OBSERVATION.

Le 7 septembre 1843, M. le docteur Grelat vint me présenter son fils, âgé de neuf ans, qui, dans une chute sur le parquet au milieu de son appartement, avait huit jours auparavant porté sur le moignon de l'épaule et s'était fracturé la clavicule. Pendant l'application de l'appareil nécessité par cette fracture, M. Grelat m'entretint d'une malade à laquelle il donnait des soins, et qui était, d'après le diagnostic de M. Récamier, affectée d'un polype intrà-utérin. Il désirait, me dit-il, avoir sur son compte l'avis de M. Amussat et le mien; en l'absence de M. Amussat, il m'annonça qu'il m'amènerait la malade le lendemain, ce qu'il fit effectivement.

Le 8 septembre 1843, je vis donc mademoiselle J. B...; qui me présenta une consultation écrite de M. Récamier, ainsi conçue : Métrorrhagie ancienne, anémie consécutive,

tumeur ou polype fibreux intra-utérin : boissons acidulées, injections. Vérifier l'existence du polype ; statuer ensuite sur la conduite à tenir.

A cette consultation était joint un dessin à la plume rapidement exécuté par M. Récamier, et représentant les rapports présumés de la tumeur avec les parties environnantes.

Après avoir attentivement étudié cette consultation, je procédai à l'interrogation de la malade et à l'exploration de son état. J'appris que mademoiselle J. B..., âgée alors de 47 ans, était entrée à l'âge de 17 ans au service d'un respectable ecclésiastique, et que jusqu'alors elle avait observé le célibat, ce qui nous parut confirmé plus tard par l'absence des stygmates d'un accouchement sur les parois abdominales, et surtout par l'étroitesse et la sensibilité du vagin. Quoique d'une petite taille, elle avait été autrefois d'une bonne constitution et assez forte. Sa menstruation avait toujours été régulière; elle n'avait éprouvé aucune affection du côté des organes génitaux; elle avait eu seulement, à une époque qu'elle ne put nous préciser, une inflammation du bas-ventre contre laquelle on lui avait fait faire une ou plusieurs applications de sangsues, et qui avait fini par guérir sans laisser sa constitution altérée.

Depuis dix années à peu près, ses règles étaient devenues plus abondantes qu'à l'état normal. D'abord elle y avait fait peu d'attention, n'y voyant que l'indice de trop de santé ; rapidement cependant elles avaient fini par constituer de véritables hémorrhagies qui avaient épuisé les forces de la malade : le sang venait alors par moment à flots, et il se passait rarement huit jours, dans un mois entier, sans que l'hémorrhagie eût lieu. Un pareil état de choses ne pouvait pas durer longtemps sans modifier la constitution

de J. B....; elle perdit promptement ses couleurs et son embonpoint, ses joues se ridèrent, ses forces s'anéantirent; il survint de l'oppression, des essoufflements, des battements de cœur, des bourdonnements d'oreille, des syncopes fréquentes, des pesanteurs et tiraillements d'estomac, avec perte de l'appétit, et difficulté des digestions.

Elle resta longtemps cependant sans consulter sur son état personne de compétent; une sage-femme lui dit qu'elle était menacée d'un ulcère de la matrice et lui prescrivit des remèdes astringents, etc.

Enfin, elle était allée depuis peu de temps consulter M. Récamier, qui lui avait donné la consultation que j'ai rapportée plus haut. De retour chez elle, elle avait montré cette consultation à différentes personnes qui avaient chacune donné leur avis, d'où il était résulté que la malade n'avait tenu aucun compte de l'avis du médecin, jusqu'au moment où M. le docteur Grelat, qui avait accès dans la maison, en ayant eu connaissance par hasard, insista pour qu'elle prît le sage parti de s'y conformer.

La malade, lors donc que je la vis pour la première fois, le 8 septembre 1843, était complétement décolorée; les joues, les lèvres et la langue étaient pâles et exsangues, le visage était profondément ridé, le cœur battait avec violence, le pouls était précipité, les artères se dilataient peu et retombaient aussitôt, les deux carotides et le tronc brachio-céphalique faisaient entendre un bruit de souffle très-fort qui cependant ne me parut pas perceptible dans le cœur. La respiration était oppressée, les forces anéanties, la démarche chancelante, l'appétit nul, les digestions difficiles, la parole mal assurée. Il n'y avait cependant point encore d'œdème des extrémités.

Après avoir reconnu tous ces signes incontestables d'une anémie très-avancée, je procédai à l'exploration directe de l'utérus par le toucher et par l'application du spéculum.

Le vagin me parut étroit et sensible ; l'utérus me parut augmenté de volume; le col offrait à peu près la forme de la petite extrémité d'un œuf et se continuait avec le corps plus volumineux que lui. En palpant la région hypogastrique pendant que je pratiquais le toucher, le doigt sentait bien que l'utérus en totalité était refoulé en bas, mais la main appliquée sur l'hypogastre ne pouvait parvenir à sentir le corps de l'utérus encore contenu dans le petit bassin.

L'ouverture du col était arrondie, petite, située un peu en arrière et à gauche de son extrémité inférieure: la pulpe du doigt indicateur ne pouvait pas y pénétrer, elle eût été remplie entièrement par l'extrémité plus affilée du petit doigt. (Planche première, fig. première.)

Je présentai une sonde droite à l'ouverture du col, elle la traversa et pénétra d'un centimètre à peu près ; mais alors, au lieu de trouver la cavité libre dans la direction de l'axe du col, elle butta contre un corps dur qui l'empêcha de pénétrer plus avant. Ce jour-là , je ne poussai pas plus loin cette investigation, et j'en conclus que l'utérus contenait effectivement une tumeur anormale, dont j'estimai le volume égal à celui d'un petit citron, et je pris jour avec la malade et son médecin pour nous réunir chez M. Récamier.

Le 11 septembre, en effet, elle se rendit chez M. Récamier, où nous nous trouvâmes réunis, MM. Grelat, Filhos , Levaillant et moi. M Récamier , retenu au lit par une indisposition douloureuse qui ne lui permit pas de renouveler lui-même son premier examen , eut cependant l'obligeance de présider notre réunion, de diriger la dis-

cussion, et de nous donner ses conseils. MM. Filhos et Levaillant, qui n'avaient point encore vu la malade, prirent connaissance de l'état des choses et pratiquèrent le toucher. Il fut conclu que la malade était très-certainement affectée d'une tumeur intra-utérine; tout portait à faire admettre que c'était une tumeur fibreuse interstitielle : il eût été cependant possible que ce fût un polype ; on ne pensa pas qu'il fût possible de savoir l'exacte vérité à cet égard avant d'être parvenu à franchir le col et à explorer directement le corps étranger.

On décida, en conséquence, que l'on emploierait tous les moyens de dilatation du col, que l'on reverrait la malade à des époques rapprochées, et que l'on prendrait un parti définitif lorsqu'il aurait été possible d'apprécier exactement le caractère de la tumeur, en franchissant facilement le col de l'utérus.

Dès lors, M. le docteur Grelat voulut bien se charger de pratiquer journellement les manœuvres nécessaires pour arriver à la dilatation du col. Les moyens qu'il employa furent les suivants : il introduisit dans le col l'extrémité d'une pince à anneaux, et chercha à en écarter avec précaution les deux branches : cette tentative était renouvelée chaque jour à plusieurs reprises et dans différentes directions. Présentant l'extrémité du doigt indicateur à l'ouverture du col, il chercha plusieurs fois aussi à l'y introduire de plus en plus profondément, au moyen d'un mouvement de vrille ou de torsion.

Ces premiers essais eurent un bon effet ; car le 21 septembre, lorsque je revis la malade, je trouvai un notable changement dans l'état local des parties malades.

La dilatation du col avait déjà fait quelques progrès, l'extrémité du doigt pouvait pénétrer dans son ouverture : on sentait alors manifestement que la tumeur occupait le côté droit de la partie antérieure; le doigt dans cette direction appuyait sur une surface ronde volumineuse, tandis que, du côté opposé, il était serré par un demi-anneau mince et comme tranchant, qui laissait son impression sur la peau du doigt après même qu'il avait été retiré.

Une sonde de femme, introduite dans le col de l'utérus et inclinée du côté gauche, vint confirmer ce diagnostic; car elle put pénétrer dans une cavité de 3 à 4 centimètres de profondeur. Les pertes dans ces derniers temps avaient été peu abondantes, l'état général de la malade restait le même, son moral paraissait assez bien disposé (planche I fig. 2).

Du 21 au 27 septembre, M. le docteur Grelat continua à pratiquer les mêmes opérations, en y joignant l'emploi d'un cylindre d'éponge préparée. Le 27, mademoiselle J. B.... n'avait point éprouvé de perte depuis deux jours. Le col continuait à s'entr'ouvrir, le doigt index pouvait pénétrer de toute l'étendue de la dernière phalange. Le rebord du col était mince et tranchant du côté gauche. Du côté droit le doigt sentait la convexité de la tumeur dont il semblait que l'on pût circonscrire presque les deux tiers. Mais arrivé en avant et en arrière un peu au-delà du diamètre antéro-postérieur de son extrémité inférieure, le doigt se trouvait arrêté et était obligé de passer au devant d'elle au lieu de continuer à la contourner à la même profondeur. Cet examen nous démontra que la tumeur était interstitielle et non pédiculée, et qu'elle adhérait au corps de l'utérus par une large surface (planche II).

Le 4 octobre, la dilatation du col avait fait encore des progrès qui permettaient d'introduire le doigt jusqu'au milieu de la seconde phalange. Le doigt était cependant encore fortement serré au passage. Il était facile de reconnaître que toute la tumeur était à droite et en avant. La convexité regardant à gauche du côté de la cavité de la matrice présentait quelques bosselures irrégulières. En renouvelant les tentatives que j'avais faites dans la précédente exploration pour contourner entièrement son extrémité inférieure, il se fit tout à coup une éraillure de la coque qui la recouvrait dans le point où elle se réfléchissait de l'utérus sur l'extrémité inférieure de la tumeur, et par là le doigt pénètra entre la paroi droite de l'utérus et la face correspondante de la tumeur : cette face parut lisse et unie. Cherchant alors à achever l'énucléation de l'extrémité inférieure qui venait d'être commencée, les tissus se laissèrent écarter, et je parvins à contourner avec le doigt la totalité de cette extrémité inférieure du corps fibreux, ronde, régulière dans sa forme, lisse à droite, un peu raboteuse du côté gauche, où le doigt pût pénétrer profondément dans la cavité normale de l'utérus.

Le 10 octobre, le col est aminci et tranchant dans toute sa circonférence ; il permet au doigt de pénétrer plus profondément, et le serre moins fortement qu'à la dernière fois. Le doigt contourne facilement toute l'extrémité inférieure de la tumeur. En déprimant l'utérus avec la main gauche placée sur la région hypogastrique, tandis que le doigt index, introduit dans le col et glissé entre la tumeur et la paroi droite de l'utérus, exerce un mouvement de flexion et d'extension alternatives de la dernière phalange, l'utérus se trouve en quelque sorte attiré en bas, l'énucléa-

tion se prolonge en hauteur, et le doigt parvient à tourner librement tout autour de la tumeur dans toute la hauteur à laquelle il lui est possible d'atteindre. Les limites de cette hauteur ne sont point dues à la résistance des adhérences, mais au défaut de longueur plus grande de l'indicateur, les trois derniers doigts fléchis appuyant fortement contre les parties génitales externes, et s'opposant à une introduction plus profonde (Planche 1, fig. 3).

Les parties, dans cet état, nous paraissant aussi bien disposées que possible pour le succès de l'opération, la dilatation préliminaire se trouvant complétement effectuée, nous déterminons la malade à venir se fixer à Paris pour y subir un dernier examen et se soumettre à l'opération.

Le 18 octobre 1843, MM. Récamier, Amussat, Grelat et moi, nous nous réunîmes en consultation auprès de mademoiselle J. B... ; M. Récamier, qui ne l'avait point examinée depuis longtemps, et M. Amussat, qui ne la connaissait point encore, firent attentivement leur examen, pratiquèrent le toucher par le vagin et par le rectum, et reconnurent tous deux que la disposition des parties était alors conforme à ce que nous avons décrit ci-dessus.

MM. Récamier et Amussat ne trouvèrent pas la tumeur plus volumineuse qu'ils ne le supposaient d'après mon rapport ; le col, aminci, se laissait facilement traverser ; la face de la tumeur qui correspondait au décollement était lisse et unie ; celle qui répondait à la cavité normale offrait au contraire quelques inégalités ; le doigt pouvait facilement contourner toute l'extrémité inférieure de la tumeur ; l'énucléation en paraissait déjà assez avancée. On décida que l'opération aurait lieu le lendemain ; on supposa même qu'elle pourrait s'effectuer sans de

grandes difficultés : nous verrons bientôt comment ces prévisions furent déçues.

Le lendemain, 19 octobre, M. Amussat et moi nous mîmes en devoir de pratiquer l'opération avec l'assistance obligeante de MM. Grelat, Filhos, Levaillant et Debruine.

Les instruments dont nous étions munis étaient les suivants :

1° Un spéculum ;

2° Plusieurs pinces de Museux, de longueur, de force et de directions variées. A cet égard je dois faire par anticipation une remarque qui pourra être utile aux chirurgiens qui auraient par la suite à pratiquer de semblables opérations. Il importe que ces pinces ne soient pas trop longues et que toutes soient de même dimension ; sans cela, en effet, lorsque plusieurs d'entre elles sont implantées dans le tissu de la tumeur et que le chirurgien exerce sur elles une traction collective, l'effort se répartit inégalement sur chacune d'elles : la plus courte, agissant plus que les autres, déchire le tissu. Il importe que les dents ou griffes des pinces dont on se sert soient assez fortes et pas trop longues ; sans cela elles sont exposées au double inconvénient de se fausser dans les différentes tractions que l'on exerce sur elles, ou de déchirer le tissu. Nous avions deux pinces de Museux, à mors latéraux, de l'espèce dont quelques opérateurs se servent pour l'ablation des amygdales, et qui nous ont été très-utiles ; il serait avantageux de faire ajouter à chacune de ces pinces une troisième dent qui se porterait directement en dedans, en naissant de l'extrémité de la tige qui donne naissance aux deux dents principales ;

3° Plusieurs bistouris à lame longue et étroite, mousse à

l'extrémité, et tranchante seulement dans une petite étendue ;

4° De longs ciseaux, forts, mousses à l'extrémité, droits et courbes, de diverses dimensions.

Mademoiselle J. B... se soumet avec beaucoup de résolution à l'opération longue et difficile qu'elle a à subir.

Après avoir disposé au milieu de la chambre et en face de la fenêtre une commode garnie d'un matelas, nous y faisons placer la malade de manière à ce que le siége soit situé tout à fait sur le bord du meuble, les jambes écartées et soutenues chacune par un aide, les épaules et la tête soulevées sur un nombre suffisant d'oreillers. Après que nous eûmes fait constater l'état des choses par chacun des assistants, j'introduisis le spéculum, qui permit de voir le col de l'utérus légèrement entr'ouvert. L'extrémité inférieure de la tumeur se voyait au centre dans une étendue circulaire d'un centimètre de diamètre à peu près. Puis, au moyen du bistouri à lame étroite et à extrémité mousse, je pratiquai sur chacune des parties latérales du col un petit débridement. Le spéculum fut alors retiré ; j'introduisis le doigt dans le col, et cherchai, en pressant sur chacune des parties correspondantes à ces débridements, à étendre la dilatation du col de l'utérus de façon à permettre au doigt de pénétrer plus profondément encore pour achever l'énucléation, et aux instruments de pénétrer aussi avec plus de facilité. En circonscrivant alors l'extrémité inférieure de la tumeur, tandis qu'on cherchait à la déprimer par une pression exercée convenablement sur la région hypogastrique, nous pûmes alternativement, M. Amussat et moi, introduire le doigt très-profondément entre le corps de l'utérus et le corps fibreux, et sentir, en avant et en arrière, le point de

réflexion de la portion de tissu qui constituait sa coque e le séparait de la cavité normale de l'organe.

Après avoir cherché à porter l'énucléation aussi loin qu'il était possible d'atteindre, le doigt fut introduit à la face latérale droite de la tumeur pour servir de conducteur à une pince de Museux qui pût la griffer par sa face énuclée. Cette partie de l'opération, très-difficile avec une pince à action directe, réussit très-bien avec une des pinces obliques dont j'ai parlé, qui commença à nous permettre d'exécuter sur la tumeur quelques tractions modérées. Au moyen de ces premières tractions, l'extrémité inférieure de la tumeur se présenta plus largement au centre du col légèrement dilaté, ce qui nous permit d'y appliquer directement deux pinces droites au moyen desquelles nous pûmes augmenter les tractions. Ce fut alors que nous nous aperçûmes que quelques-unes des pinces que nous avions à notre disposition avaient les mors trop longs et trop minces, ce qui rendait leur application difficile, et avait en outre l'inconvénient de couper le tissu de la tumeur au lieu qu'elles y restassent solidement implantées. Le col de l'utérus, résistant alors comme un anneau fibreux d'un diamètre insuffisant pour permettre à la tumeur de s'engager, au moyen de longs et forts ciseaux à extrémités mousses, nous pratiquâmes de légers débridements sur plusieurs points de sa circonférence, et continuâmes ensuite à agir sur la tumeur ; nous cherchâmes alors à faire exécuter à celle-ci un mouvement de rotation vertical sur elle-même, qui, en abaissant successivement chacune des parties de sa face externe, permit au doigt d'atteindre des parties de plus en plus profondes, et de compléter ainsi son énucléation. Pour cela, aussitôt qu'une pince était placée, nous exercions sur

elle une traction qui abaissait un peu le côté droit de la tumeur, et aussitôt une seconde pince était placée au-dessus de celle-ci, et ainsi de suite. Cette rotation nous offrit cependant d'assez grandes difficultés, et, malgré l'énucléation de toute la face latérale droite, la tumeur nous semblait toujours solidement fixée. Pour détruire les adhérences qu'elle pouvait avoir encore, nous exécutâmes successivement la même manœuvre sur chacune de ses faces interne, antérieure et postérieure; ensuite, espérant qu'elle devait être détachée de toutes ses adhérences, nous plaçâmes trois pinces sur son extrémité, et exerçâmes sur elle quelques tractions directes auxquelles le col résista encore avec une force à laquelle nous ne nous attendions pas.

M. Amussat proposa alors et tenta de traverser la tumeur au moyen d'un fil ciré très-fort afin de s'en servir comme d'un moyen de traction; l'aiguille courbe ne put traverser le tissu de la tumeur à cause de sa dureté.

Il voulut aussi appliquer sur la tumeur, au-dessus des pinces, une forte ligature qui pût venir à leur secours, et maintenir la tumeur en position pendant que l'on serait forcé de réappliquer celles-ci; mais elle ne put serrer assez fortement ce tissu élastique, et glissa sur la surface à la première traction, de sorte que l'on fut forcé de renoncer aussi à ce moyen.

L'opération durait déjà depuis longtemps et nous présentait des difficultés imprévues. La malade, bien que très-courageuse, souffrait péniblement d'aussi vives douleurs, et le sang commençait à couler un peu, comme exprimé du tissu de l'utérus, chaque fois que nous exercions des tractions. Pour prévenir une syncope et arrêter l'écoulement

du sang, M. Amussat fit, à partir de ce moment jusqu'à la fin de l'opération, pratiquer des injections réitérées d'eau froide, en même temps que par des paroles consolantes on cherchait à soutenir le moral de la malade, et de temps à autre nous lui donnions quelques instants de repos.

Ces difficultés nous forcèrent encore à multiplier et à agrandir les débridements déjà nombreux qui avaient été faits sur le col avec les ciseaux, et toujours la résistance nous paraissait fixée à l'extrémité de chacune de ces incisions. En exerçant sur la tumeur des tractions directes plus fortes que nous ne l'avions fait jusqu'alors, nous nous aperçûmes que le corps de l'utérus en totalité s'approchait de la vulve sans que la tumeur s'engageât davantage dans le col; cette remarque nous fit renoncer à cette manière d'agir.

Saisissant alors le plus solidement possible l'extrémité de la tumeur avec trois pinces, nous cherchâmes à lui faire effectuer un mouvement de rotation sur son axe vertical, d'abord de droite à gauche, puis de gauche à droite : cette rotation nous offrit d'abord de grandes difficultés, et nous ne pouvions faire décrire à la tumeur, dans un sens comme dans l'autre, qu'un faible segment de circonvolution. Souvent elle se déchirait sous l'action des pinces qui échappaient brusquement malgré toutes nos précautions; cependant le doigt, incessamment porté dans la cavité de l'organe, cherchait toujours à compléter l'énucléation. Déjà la tumeur, à sa face latérale gauche, au-dessus du point de l'implantation des pinces, présentait une déchirure transversale qui nous faisait craindre qu'elle ne se séparât en deux parties; plusieurs de nos pinces étaient faussées; enfin, à notre grande satisfaction, nous recon-

nûmes que la tumeur était entièrement détachée ; car elle pouvait, dans un sens comme dans l'autre, effectuer dans l'utérus une rotation complète, et même faire autant de tours que nous voulions lui en imprimer. Elle refusait cependant encore de franchir le col. En ce moment la malade était extrêmement fatiguée ; elle avait perdu une quantité de sang assez considérable pour son état d'épuisement ; mais il était impossible de l'apprécier avec quelque exactitude à cause des injections d'eau froide qui avaient été faites, et nous avions hâte de terminer l'opération. Alors nous implantâmes solidement trois pinces dans la tumeur aussi haut qu'il nous fut possible, savoir : la plus forte de nos pinces droites au milieu de son extrémité inférieure, et chacune de nos pinces courbes sur l'un de ses côtés. Je saisis solidement ces trois pinces ; M. Amussat introduisit son doigt dans le col et fit effort pour le déchirer pendant que j'exerçais sur les pinces une traction forte et continue tout en leur imprimant un mouvement de rotation selon l'axe vertical de l'utérus. Sous ces efforts combinés, la tumeur s'engagea successivement dans l'ouverture du col, et fut extraite en totalité à quatre heures moins un quart de l'après-midi. Les préambules de l'opération avaient commencé à une heure et demie : l'opération avait donc en réalité duré près de deux heures.

Aussitôt après l'extirpation de la tumeur, nous fîmes dans la cavité de l'utérus une abondante injection d'eau fraîche; en pratiquant le toucher, nous reconnûmes que l'organe n'était point renversé : il était aussitôt remonté à sa position normale. La cavité présentait une surface rugueuse, surtout à la partie la plus profonde ; ces irrégularités étaient dues

manifestement aux lambeaux irréguliers de la coque d'enveloppe de la tumeur qui n'avaient point été arrachés avec elle. La malade fut nettoyée convenablement et remise dans son lit ; son ventre fut couvert d'un large cataplasme émollient ; on disposa autour d'elle des linges chauffés et des bouteilles remplies d'eau chaude. Nous prescrivîmes une légère infusion de violettes sucrée et aromatisée avec un peu d'eau de fleur d'oranger, et je lui fis prendre un bouillon léger qu'elle reçut avec satisfaction.

La tumeur offrait la forme d'un ovoïde régulier, un peu aplati d'avant en arrière, ayant sa petite extrémité en bas ; vers sa partie moyenne elle présentait un très-léger rétrécissement en gourde. Sa longueur verticale était de 78 millimètres ; sa largeur de droite à gauche, de 52 millimètres ; son épaisseur d'avant en arrière, de 45 millimètres ; enfin, sa circonférence totale dans sa partie la plus épaisse était de 155 millimètres : c'était donc à ce degré de dilatation énorme qu'il avait fallu porter le col de l'utérus, qui, primitivement, ne pouvait pas admettre la dernière phalange du doigt index (planche I, fig. 4).

Le poids total de la tumeur était de 102 grammes.

La surface de la tumeur état lisse, blanche, et dépourvue de toute espèce de tomentum charnu à son fond et dans sa partie droite ; le côté gauche au contraire présentait des fibres charnues, irrégulièrement éraillées, qui provenaient manifestement d'une partie de la coque d'enveloppe déchirée et enlevée avec elle ; l'extrémité inférieure de la tumeur était déchirée et comme peignée, par la traction des pinces ; elle présentait sur la face latérale une déchirure horizontale, située un peu au-dessous de sa partie moyenne

qui offrait un centimètre de profondeur ; c'est cette déchirure qui nous avait fait craindre de voir la tumeur se séparer en deux parties pendant l'opération.

En pratiquant verticalement une incision profonde dans le tissu de la tumeur, nous la trouvâmes formée d'un tissu dense, serré, d'un blanc mat, sans aucune nuance mélangée, criant fortement sous le scalpel, homogène dans toutes ses parties, sans aucune apparence de vaisseaux ni de division en plusieurs lobes. En raclant la surface de l'incision avec le tranchant de l'instrument en même temps que l'on pressait fortement la tumeur, nous n'en pûmes exprimer qu'une très-petite quantité d'un liquide blanc opalin, sans aucune apparence de pus, et qui fut à peine suffisante pour être recueillie à côté du tranchant de l'instrument. C'était du tissu fibreux dans toute sa pureté.

Dans la soirée, la malade se trouvait assez bien malgré l'opération longue et douloureuse qu'elle avait soufferte : elle ressentait peu de douleur, le ventre était souple et l'on pouvait impunément le palper même avec quelque force dans toutes ses parties. Une légère tendance à la syncope qui s'était montrée peu de temps après l'opération, était entièrement dissipée, la peau était réchauffée sans sueur, le pouls à 100 pulsations assez égales et régulières, d'un développement modéré; la soif était médiocre; il n'y avait ni hoquet ni envie de vomir. Il n'y avait point eu d'hémorrhagie ; la malade avait uriné sans difficulté ; la nuit s'annonçait comme devant être assez bonne.

Le lendemain, 20 octobre, je vis la malade le matin à huit heures, la nuit avait été passable, quoique un peu agitée. La malade se trouvait un peu endolorie, courbaturée, se plaignait de lassitude dans les bras et dans les jambes,

et surtout d'un sentiment très-douloureux dans le sacrum. Le moindre contact sur cette région lui était extrêmement pénible et elle l'attribuait à la position qu'elle avait long-temps conservée la veille pendant l'opération, sur un meuble qui n'était recouvert que d'un seul matelas. Le ventre était souple et indolore à une pression même assez forte; la malade avait uriné pendant la nuit, la soif était peu vive, il n'y avait point de hoquet, mais seulement quelques éructations auxquelles elle était, nous dit-on, sujette, même avant l'opération. Le pouls battait 100 pulsations, d'un développement médiocre, la peau était légèrement chaude, il n'y avait eu ni frisson ni sueur. Aucune hémorrhagie ne s'était manifestée pendant la nuit; en pratiquant le toucher, je trouvai le vagin d'une sensibilité très-vive, le col était revenu sur lui-même quoique encore très-agrandi par les débridements qui avaient été faits pendant l'opération. La cavité de l'utérus était large et entièrement vide. Le doigt introduit à travers le col me servit à guider, jusque dans le corps de l'utérus, la canule en gomme élastique d'une seringue, au moyen de laquelle je fis une abondante injection d'eau de guimauve; le liquide revint légèrement trouble, et à peine coloré par un peu de sang; il laissa déposer une petite quantité de détritus, paraissant dû à du sang coagulé ou à quelques petits lambeaux produits par la dilacération de la coque d'enveloppe de la tumeur. Je prescrivis pour ce jour, à la malade, un lavement d'eau de guimauve, l'usage continuel de larges cataplasmes émollients sur le ventre, la diète absolue, un repos complet, et l'usage abondant de boissons délayantes.

A midi précis, je revis la malade une seconde fois; son état était le même, elle se trouvait assez bien, le poul

était encore à 100 pulsations, sans chaleur à la peau, sans sueur, sans soif et sans frisson antérieur; le ventre était indolore, il n'y avait ni hoquet ni envie de vomir. Je fis une seconde injection qui fournit le même résultat que celle du matin.

Le soir, elle se trouvait encore dans le même état, elle avait pu reposer un peu dans la journée, la fréquence du pouls était la même, le sacrum était moins douloureux, les linges de la malade étaient teints de la matière d'un écoulement blanchâtre, un peu sanieux, peu abondant. Une troisième injection revint moins fortement colorée que celles du matin et du milieu du jour.

Le 21 octobre 1843, la nuit a été assez bonne, la malade a pu dormir, il n'y a pas eu de frisson, le pouls bat 96 pulsations, la peau est à une douce température, le ventre est souple, indolore à la pression; il n'y a ni hoquet ni vomissement ni nausées, un peu de toux sans oppression, quelques tintements d'oreille que la malade éprouvait, dit-on, de temps à autre avant l'opération. Un peu de tension à la partie interne et supérieure des cuisses, léger suintement séro-sanguinolent par la vulve. Même traitement : injection dont le liquide revient moins teint que la veille, lavement, cataplasmes, boissons délayantes.

Le soir, l'état est encore satisfaisant; je pratique une nouvelle injection; l'état de la malade ne présente à noter aucune particularité nouvelle.

Le 22 octobre au matin, je trouve l'état de la malade considérablement changé; la veille au soir, à dix heures, elle a éprouvé un frisson violent, qui a duré près d'une heure. Ce frisson a été suivi de nausées, d'un vomissement bilieux assez abondant, et d'oppression. La nuit a été agi-

tée, les nausées persistent, le vomissement ne s'est pas reproduit, l'oppression et la toux continuent, le pouls est monté à 110. Cependant le ventre est souple, indolore, la langue large et humide; le facies est altéré, le nez effilé, les pommettes sont saillantes; cependant la parole est encore ferme, les douleurs des cuisses ont cessé. Injection, cataplasmes, potion calmante (Infusion de laitue, sirop simple, eau de fleurs d'oranger). A onze heures du matin, le pouls est à 108, et il y a encore quelques nausées, mais pas de nouveau vomissement. Le frisson ne s'est pas reproduit, la peau est chaude, il y a des éructations fréquentes, la parole est mal assurée. Mlle. B. geint continuellement, elle éprouve du mal à la tête. La membrane muqueuse du vagin est chaude, le col est un peu tuméfié et plus étroit, une nouvelle injection que je pousse dans la cavité de l'utérus, revient presque claire, mais un peu fétide.

L'invasion de ces nouveaux accidents nous fit vivement désirer que notre savant confrère M. le Dr Troussel, dont nous avions regretté l'absence au moment de l'opération, vînt nous éclairer de ses lumières, et à trois heures nous nous réunîmes auprès de mademoiselle B...., M. Amussat, M. Troussel, M. Levaillant et moi. Le pouls était vibrant, battait 116 pulsations à la minute : on crut lui trouver encore une certaine force; la peau était chaude et sèche; la malade était profondément abattue, parlait avec difficulté, le ventre était encore souple et indolore *même à la pression*; le hoquet avait cessé, il n'y avait point eu de nouveaux vomissements; le col de l'utérus encore assez largement ouvert, permit l'introduction du doigt qui revint couvert d'une suppuration louable. M. Troussel qui fit

cette exploration avec toute l'attention qui lui est habituelle, ne découvrit dans l'utérus et ses annexes aucun désordre local qui pût être le point de départ des phénomènes généraux que nous observions. Eu égard à la chaleur de la peau, à la fréquence du pouls et au certain degré de force qu'il présentait encore, on jugea qu'une petite saignée était nécessaire. Malgré quelque répugnance fondée sur l'état d'affaiblissement dans lequel la malade était avant l'opération, je me soumis à l'opinion de confrères plus expérimentés que moi et pratiquai moi-même cette saignée. Le sang dès les premières gouttes nous parut d'une couleur brunâtre et mal lié; aussi nous hâtâmes-nous d'en arrêter l'écoulement aussitôt qu'il en eut été tiré une palette ou une palette et demie tout au plus. M. Troussel constata aussitôt après une diminution de quelques pulsations et un peu d'abaissement de la température de la peau. Les injections que l'on avait faites jusqu'alors dans la cavité de l'utérus furent suspendues et remplacées par de simples injections vaginales. On insista sur l'usage des cataplasmes émollients, on continua à faire prendre à la malade les mêmes boissons délayantes, et de temps à autre une cuillerée de la potion.

Le sang examiné le lendemain présentait un caillot rouge qui recouvrait tout le fond du vase, et n'était environné que d'une faible quantité de sérosité.

Le soir, la peau était redevenue plus chaude et sèche, le pouls était à 120 pulsations plus concentrées, la parole était plus difficile, les autres phénomènes ne présentaient point de changement appréciable; je refis une injection dans la cavité de l'utérus, le liquide revint presque tel qu'il avait été injecté. La nuit suivante fut tranquille, mais

cette tranquillité n'était que le résultat de l'abattement excessif dans lequel la malade se trouvait plongée. Le 23 octobre au matin, en effet, je la trouvai dans son lit immobile, repliée sur elle-même, la face tournée du côté de la muraille, inattentive à tout ce qui se passait autour d'elle. On ne pouvait solliciter un peu son attention que par des questions réitérées et faites à haute voix. Les réponses étaient lentes, monosyllabiques et rarement justes. Elle tirait à peine la langue jusqu'au bord des lèvres, elle ne buvait déjà qu'avec difficulté, la peau était chaude, le pouls à 110, il n'y avait ni nausée, ni hoquet, ni vomissement. Le ventre était tendu sans être douloureux, il y avait de la constipation. La malade n'avait pas uriné de toute la nuit, à trois intervalles on avait fait une injection dans le vagin. Je prescrivis un lavement émollient et la continuation de l'usage des cataplasmes et des injections, me proposant de la sonder quelques heures plus tard, si elle n'urinait pas en rendant son lavement.

Je la revis à onze heures avec M. le docteur Filhos; elle avait rendu son lavement sans aucune matière fécale, mais elle n'avait pas uriné. Je la sondai aussitôt, elle se laissa faire sans avoir l'air de s'en apercevoir, je tirai de la vessie près d'un litre d'urine assez foncée et sans odeur. Aussitôt après, le ventre reprit sa souplesse accoutumée, il ne paraissait point douloureux à la pression. Il n'y avait ni hoquet ni vomissement, il n'y avait point eu de frisson, le pouls était petit, serré, à 116 pulsations. La langue était sèche, la déglutition plus difficile encore que le matin, la malade répondait automatiquement *oui* à toutes les questions qu'on lui adressait. D'après le conseil de M. Amussat,

tout en continuant l'emploi des autres moyens jusqu'alors en usage, je fis l'application du métrotherme à demeure. Le lit de la malade fut garni de taffetas gommé et disposé de façon à faciliter l'écoulement du liquide dans le cas où il viendrait à s'échapper de l'instrument. Le spéculum en caoutchouc ayant été appliqué non sans quelque résistance de la part de la malade, je lui adaptai le goulot du métrotherme qui fut rempli d'eau de guimauve tiède, l'ouverture supérieure fut fermée avec un bouchon. Les personnes qui entouraient la malade furent chargées de surveiller l'appareil et de prévenir son déplacement. Elle ne le garda cependant pas longtemps, car dans un brusque mouvement de recul, le spéculum sortit de la vulve; M. Amussat le réappliqua lui-même quelques heures après. A deux heures de l'après-midi l'état offrait peu de changement; le pouls était bien un peu moins fréquent et moins vif, mais la prostration était toujours la même. Je fis appliquer des sinapismes aux membres inférieurs.

A cinq heures il me sembla qu'il y eût un peu d'amendement dans l'état de la malade. Le pouls un peu moins fréquent me parut se rapprocher un peu de son type normal, la malade était moins agitée, buvait à la cuillère avec un peu plus de facilité, le ventre était souple, indolore, il n'y avait point de nausées, il n'y avait eu ni frisson ni sueur; la malade, sans parler encore, paraissait comprendre un peu mieux les paroles qu'on lui adressait. Continuation des mêmes moyens.

A neuf heures du soir, son état restait stationnaire; elle n'avait point uriné depuis le matin. Je pratiquai le cathétérisme, l'urine vint claire et en moindre quantité; je fis appliquer un vésicatoire à une cuisse et suspendis pour la nuit

l'usage du métrotherme que la malade ne supportait qu'avec beaucoup de peine, et que par ses mouvements elle dérangeait à chaque instant.

Malgré cette précaution la nuit fut cependant très-agitée ; à tout instant, la malade changeait de position. Sans répondre aux questions qui lui étaient adressées, elle s'asseyait sur son lit et se laissait ensuite retomber sur ses oreillers, jetait ses bras et ses jambes dans différentes directions, et repoussait à tout instant ses couvertures, Lorsque je la vis, le 24, à 7 heures du matin, cette agitation continuait encore ; elle n'avait point uriné pendant la nuit, je commençai par la sonder; le ventre, après cette opération, se trouva souple et indolore comme les jours précédents. Il n'y avait eu ni frissons ni sueur pendant la nuit, la peau paraissait être à la température normale, le pouls fréquent, à 120 pulsations, peu développé. La malade tenait les yeux constamment fermés sans faire aucune attention aux paroles qu'on lui adressait, elle ne répondait à aucune question et proférait des gémissements continuels ; cependant elle buvait un peu mieux lorsqu'on lui mettait la cuillère entre les lèvres. Je fis continuer l'usage des sinapismes fréquemment renouvelés, appliquer un second vésicatoire à l'autre cuisse ; je replaçai le métrotherme malgré une assez grande résistance de sa part, et prescrivis, s'il se dérangeait encore, que l'on suppléât à son action par un lavement émollient et des injections.

A midi l'état de la malade continuant à être le même, je fis joindre aux moyens indiqués ci-dessus une légère potion stimulante à prendre par cuillerée. Cette potion était composée ainsi qu'il suit : Infusion légère de tilleul et de

mélisse, 125 grammes; sirop de gomme, 30 grammes; sirop d'éther, 8 grammes.

Le soir, à quatre heures, M. Récamier vint en consultation avec M. Amussat : l'état de la malade restait le même, à cela près qu'elle avait probablement uriné, car le cathétérisme ne ramena qu'une très-petite quantité d'urine; le ventre était souple, indolore à la pression, ne présentant ni météorisme ni fluctuation dans aucune de ses parties; il n'y avait point eu de vomissements, le pouls était à 116 pulsations, mou et peu développé; la déglutition était lente, convulsive et ne s'exécutait que quelques instants après que le liquide avait été versé dans la bouche avec la cuillère; la respiration était lente, oppressée; la malade ne paraissait saisir que très-imparfaitement les paroles qu'on lui adressait, elle ne répondait à aucune des questions que l'on pouvait lui faire, elle n'avançait même pas la langue au delà de l'arcade dentaire. Toute la journée s'était passée dans une agitation continuelle, mais sans convulsions. M. Récamier pratiqua le toucher et trouva le col encore large, la cavité de l'utérus vaste et rugueuse intérieurement, le doigt revint couvert de pus, mais sans odeur fétide.

Dans cet état d'affaissement, on prescrivit de recourir à quelques toniques légers administrés à l'intérieur. On prescrivit des injections continues dans la matrice, l'application sur le ventre d'un large cataplasme de poudre de plantes aromatiques, de poudre de quinquina et de gros vin, des frictions alcooliques sur les membres, etc. Mais la malade succomba le même jour, 24 octobre, à 5 heures du soir,

quelques instants après la consultation et pendant que l'on s'occupait d'exécuter cette prescription.

Autopsie en présence de MM. Amussat, Filhos, Troussel, Levaillant, Lucien Boyer, le 26 octobre, à 4 heures du soir, 47 heures après la mort. — Le cadavre est resté depuis la mort dans une chambre chauffée. Il exhale déjà une odeur fétide très-prononcée ; l'abdomen est fortement distendu par les gaz ; les parois abdominales, les cuisses, la partie antérieure de la poitrine et des bras sont le siége de nombreuses sugillations cadavériques.

Les gaz accumulés dans la cavité du péritoine s'échappent avec bruit aussitôt que le bistouri leur a donné une ouverture, ils repoussent devant eux les intestins qui tendent à sortir par l'ouverture ; cependant, en ayant soin de les refouler, on peut achever d'ouvrir largement la cavité abdominale , sans avoir lésé les intestins ni l'estomac , dont la distension ne paraît pas en rapport avec le volume que présentait l'abdomen avant l'ouverture. Le péritoine qui revêt les viscères abdominaux est pâle, ne présente nulle part aucune injection inflammatoire ; à peine si, sur quelques anses intestinales très-éloignées les unes des autres , on trouve quelques très-petites plaques arborisées, livides, qui paraissent dues plutôt à l'état avancé du cadavre ou à la déclivité des parties qu'à une lésion préexistante à la mort. Le péritoine, exploré avec soin dans toute son étendue et spécialement dans le bassin, ne présente nulle part de traces de pus ni de fausses membranes. La cavité du petit bassin contient à peine six onces d'un liquide sanieux et fétide, et il est à noter qu'au moment de l'ouverture de l'abdomen, il a été projeté sur les anses intestinales une petite quantité d'eau

chlorurée, et que l'ouverture du cadavre ayant porté à la fois sur le thorax et le ventre, un peu de liquide sanieux s'est répandu de la cavité des plèvres dans celle du péritoine. Par toutes ces raisons, tous les assistants sont d'accord à ne point regarder cette petite quantité de liquide trouvée dans le petit bassin comme le résultat d'un travail inflammatoire local, mais plutôt comme le produit d'une exhalation cadavérique augmenté encore par les deux circons-constances accidentelles que je viens de rappeler.

Examinés extérieurement, les organes du bassin paraissent sains, l'utérus est revenu sur lui-même, peu volumineux, présente à peu près l'aspect qu'il aurait chez une femme âgée qui aurait eu plusieurs enfants. Les ovaires sont volumineux, mais sains, ainsi que les trompes. Nous reviendrons plus tard avec détail sur tout ce qui a rapport à la matrice et à ses annexes.

La vessie est vide, et le rectum ainsi que l'S iliaque du colon, ne présentent rien de particulier.

Avant d'enlever tous ces organes du bassin pour les examiner à loisir, nous recherchons l'état des veines, et, à notre grande surprise, nous trouvons les deux veines iliaques externes, les iliaques internes, et même la veine cave, jusqu'à la hauteur du foie, complétement vides; leur surface interne est un peu violette, mais ne contient ni sang liquide ni caillot; il ne s'en écoule aucune goutte en les incisant dans toute leur longueur; l'aorte abdominale, les artères du bassin ne contiennent pas non plus de sang. En enlevant ensemble tous les organes du bassin, c'est-à-dire l'utérus et ses annexes, le rectum et la vessie, les veines nombreuses qu'il faut déchirer ou inciser dans la concavité du bassin, et qui d'ordinaire, dans les autopsies, laissent écou-

ler une si grande quantité de sang, n'en fournissent aucunement.

Le foie est volumineux et pâle, il laisse suinter par la compression, après avoir été incisé, un peu de liquide sanieux. La rate est volumineuse, elle contient du sang altéré en quantité appréciable quoique minime; c'est à bien dire le seul organe dans lequel nous en ayons trouvé une quantité sensible ; les reins sont pâles et sains, le tube digestif n'a pas été ouvert intérieurement.

Les plèvres contiennent d'anciennes adhérences assez solides et une certaine quantité de liquide sanieux dans les parties déclives. Les deux poumons sont crépitants dans toute leur étendue, et engoués d'un liquide séreux légèrement teint dans les parties inférieures.

Le péricarde contient une ou deux onces (30 ou 60 grammes) de liquide analogue à celui qui a déjà été mentionné dans le petit bassin et dans les plèvres.

Le cœur est volumineux et ferme, manifestement hypertrophié, il offre au moins deux fois son volume normal chez un sujet de la stature de J. B... ; les cavités sont dilatées en proportion de son volume et ses parois sont également épaisses en proportion ; en un mot, il est le siége d'une hypertrophie générale régulière. Les quatre cavités sont vides, leur paroi interne est rosée, teinte seulement d'une très-légère couche de sang liquide qu'il est impossible d'évaluer à plus de quelques grammes, elles ne contiennent aucuns caillots; l'épaisseur des parois est pâle, la pression le long des veines du col ne fait pas refluer de sang dans la cavité de l'oreillette droite.

Le cerveau n'a pas été ouvert.

Les organes génitaux ont été enlevés pour être exa-

minés et disséqués avec plus de soin qu'il n'eût été possible de la faire au moment de l'autopsie. Cette description doit porter sur la forme, le volume et les dimensions du corps de l'utérus, sur l'état de la cavité, sur celui de son col, sur l'état de son tissu, sur l'état du vagin, sur les rapports avec ces organes, de la vessie en avant, du rectum en arrière, et des replis de péritoine qui se portent de l'un à l'autre de ces organes.

La matrice (planche III)de forme régulière, mais un peu augmentée de volume, présente les dimensions suivantes : longueur, 104 millim.; largeur, 65 millim.; épaisseur, 25 millim. Sa surface extérieure ne présente rien autre de particulier à noter qu'une petite saillie dure, résistante, arrondie, du volume d'une noisette, située à côté de l'insertion de la trompe, du côté droit; une incision pratiquée sur cette saillie fait reconnaître une petite tumeur fibreuse, en tout semblable, sauf son volume et son siége, à la tumeur principale.

Après avoir fendu le vagin suivant sa longueur afin de pouvoir examiner le col, nous trouvons celui-ci boursouflé, ouvert transversalement; les deux lèvres sont appliquées l'une sur l'autre, et présentent la trace des différentes incisions qui ont été pratiquées sur elles pendant l'opération.

L'incision latérale droite est la plus profonde; elle divise toute l'épaisseur du bourrelet formé par le col, et attaque même un peu la muqueuse du vagin; elle offre 12 millim. de ongueur. Les autres, situées, trois sur la lèvre antérieure, une sur la commissure gauche et une en arrière, sont plus petites, et ne divisent qu'incomplétement ce bourrelet. De l'extrémité de l'une à l'extrémité de l'autre des deux incisions latérales, la longueur transversale de

l'ouverture du col est de 31 millimètres ; c'est cette ouverture qui a dû acquérir momentanément pendant l'opération des dimensions suffisantes pour laisser passer une circonférence de 155 millimètres. La surface des incisions ne présente point de traces de pus.

En pratiquant sur la face antérieure de l'utérus une longue incision verticale qui pénètre jusque dans sa cavité sans en diviser le fond ni le col, nous reconnaissons d'abord que l'épaisseur de la paroi antérieure est de 7 millim.; le tissu en est pâle; exprimé entre les doigts il ne laisse suinter ni sang ni pus. La cavité se présente large, à peine tapissée d'une couche ecchymosée peu épaisse ; elle ne contient ni sanie liquide ni suppuration ; elle se trouve, vers son fond et dans l'étendue du tiers de la longueur à peu près, divisée en deux parties par une cloison verticale mince, déchirée inférieurement, qui représente le reste de la portion de tissu utérin qui tapissait la tumeur du côté de la cavité normale de l'organe. La partie inférieure en a été arrachée avec la tumeur pendant l'opération, et a formé à la surface latérale gauche du corps fibreux les filaments musculaires dont nous avons parlé en décrivant la tumeur. Une sonde introduite par le col pénètre indifféremment à droite dans la large cavité qui contenait la tumeur elle-même, ou à gauche dans la cavité normale de l'utérus ; celle-ci est allongée suivant le diamètre longitudinal de l'organe ; elle est aussi considérablement élargie, mais il n'est pas possible de mesurer exactement toutes ses dimensions, puisque sa paroi droite manque en grande partie. Sa longueur, de l'extrémité du col à son fond, est de 99 millimètres. La surface en est lisse et unie ; sa paroi latérale gauche, formée

par l'épaisseur entière de la paroi utérine normale, a 6 millimètres d'épaisseur. La cavité droite est large, et présente une surface musculaire tomenteuse, dépourvue de membrane muqueuse, ecchymosée ; mais elle ne contient pas de pus ; sa paroi latérale droite est épaisse de 10 millim. L'épaisseur de la cloison incomplète qui sépare les deux cavités ne peut être exactement mesurée ; elle présente des inégalités dues aux déchirures et aux tractions qu'elle a subies ; mais elle nous paraît proportionnellement très-mince, et tout au plus de 2 millimètres.

Les ovaires sont volumineux ; les trompes et les ligaments de l'utérus ne présentent rien de particulier. Le vagin est pâle à l'intérieur ; la muqueuse n'offre aucune altération appréciable.

En examinant attentivement les rapports de l'utérus et du vagin avec la vessie en avant, et avec le rectum en arrière, ainsi qu'avec le péritoine qui tapisse ces organes, on arrive aux résultats suivants (planche II) :

Antérieurement le bas-fond de la vessie adhère à la face antérieure de l'utérus dans l'étendue de 30 millimètres, de sorte que la réflexion utéro-vésicale du péritoine se trouve à cette distance du fond du vagin. Plus bas le fond de la vessie correspond à la face antérieure du vagin dans l'étendue de 10 millimètres, et n'en est séparée que par une couche mince de tissu cellulaire.

En arrière, le cul-de-sac péritonéal descend, non-seulement entre le rectum et l'utérus, mais aussi entre le rectum et le vagin, à 15 millimètres au-dessous du col ; la distance du cul-de-sac péritonéal antérieur au postérieur, mesurée en droite ligne, est de 60 millimètres, et la ligne droite

fictive qui se porterait de l'un à l'autre de ces deux points passerait au-dessous de la totalité de l'utérus, de sorte que, si le péritoine ne présentait pas dans cette région de repli particulier, les faces latérales de la matrice en seraient entièrement revêtues. Mais tel n'est point, comme on le sait, la disposition du péritoine pelvien; il forme sur les parties latérales de l'utérus un large repli connu sous le nom de ligament large, et qui se dirige vers les parties latérales de la cavité du bassin, divisant ainsi celle-ci en une partie antérieure destinée à la vessie, et une partie postérieure pour le rectum. Ce repli, même à la partie supérieure, reçoit entre les deux lames qui le composent, et successivement de haut en bas, la trompe, l'ovaire et le ligament rond de la matrice; mais plus bas le feuillet antérieur et le feuillet postérieur s'éloignent l'un de l'autre pour venir concourir, le premier, à la formation du cul-de-sac vésico-utérin; le second, à la formatiotion du cul-de-sac recto-vaginal. Leur écartement est rempli d'un tissu cellulaire plus ou moins dense, qui correspond aux parties latérales du corps de l'utérus et à la partie latérale supérieure du vagin.

Par suite de cette disposition, le bourrelet formé par le col, distendu à l'intérieur du vagin, dans un cas semblable à celui qui fait le sujet de cette observation, est, en avant, séparé de la vessie par l'épaisseur seule du vagin et d'une couche mince de tissu cellulaire; en arrière, l'épaisseur seule du vagin la sépare du cul-de-sac postérieur du péritoine, et, sur les côtés, il correspond à un large intervalle rempli de tissu cellulaire, qui sépare le feuillet antérieur du ligament large de l'utérus, du feuillet postérieur.

Ces particularités anatomiques sont importantes en ce qu'elles peuvent servir de règle pour l'étendue des incisions que l'on peut pratiquer sur les différents points de la circonférence du col de l'utérus dans le but de faciliter sa dilatation.

Cette observation me paraît digne d'intérêt ; il serait facile d'en déduire de nombreuses considérations relatives au diagnostic des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus, à l'anatomie chirurgicale de leurs rapports, à leur thérapeutique et au procédé opératoire que l'on peut appliquer à leur extirpation. Mais le temps me manque aujourd'hui pour remplir ce cadre, et je la dépose dans la science avec tous ses détails, afin que chacun puisse l'étudier et en méditer les conséquences. D'ailleurs, le travail dont j'indique ici le plan général, a déjà été fait par M. Amussat dans un mémoire remarquable dont l'observation que je publie aujourd'hui n'est en quelque sorte que la confirmation (1).

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE PREMIÈRE.

Fig. I. Le col de l'utérus vu au spéculum avant toute espèce de dilatation.

Fig. II. Le col de l'utérus dilaté à moitié.

---

(1) Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus, et sur la possibilité de les extirper lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe. Par J.-Z. Amussat, 1842 (chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17).

Fig. III. Le col de l'utérus entièremcnt dilaté et laissant voir l'extrémité inférieure de la tumeur.

Fig. IV. La tumeur enlevée.

PLANCHE II.

Rapports de la tumeur et de l'utérus entre eux et avec les organes du bassin.

A Tumeur fibreuse interstitielle.

B B Paroi antérieure de l'utérus dédoublée.

C Paroi postérieure simple.

D Fond de la cavité de l'utérus.

E Ouverture du col de l'utérus.

F Vagin.

G Vessie.

H Rectum.

I Réflexion du péritoine de l'utérus sur la vessie.

K Réflexion du péritoine du rectum sur le vagin.

PLANCHE III.

Vue de l'utérus à l'autopsie.

A Cavité normale dans laquelle une sonde est introduite.

B Cavité accidentelle qui contenait la tumeur.

(Ces deux cavités sont séparées l'une de l'autre par une cloison incomplète déchirée pendant l'opération).

C Petite tumeur fibreuse sous-péritonéale.

Fig. 3.

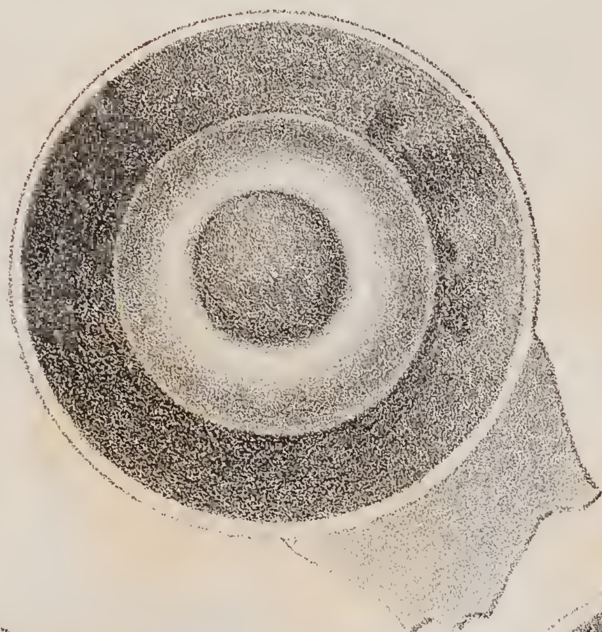


Fig. 2.

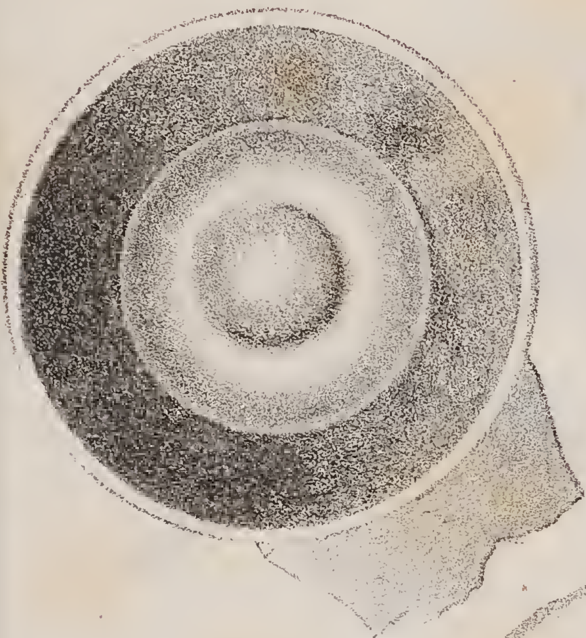
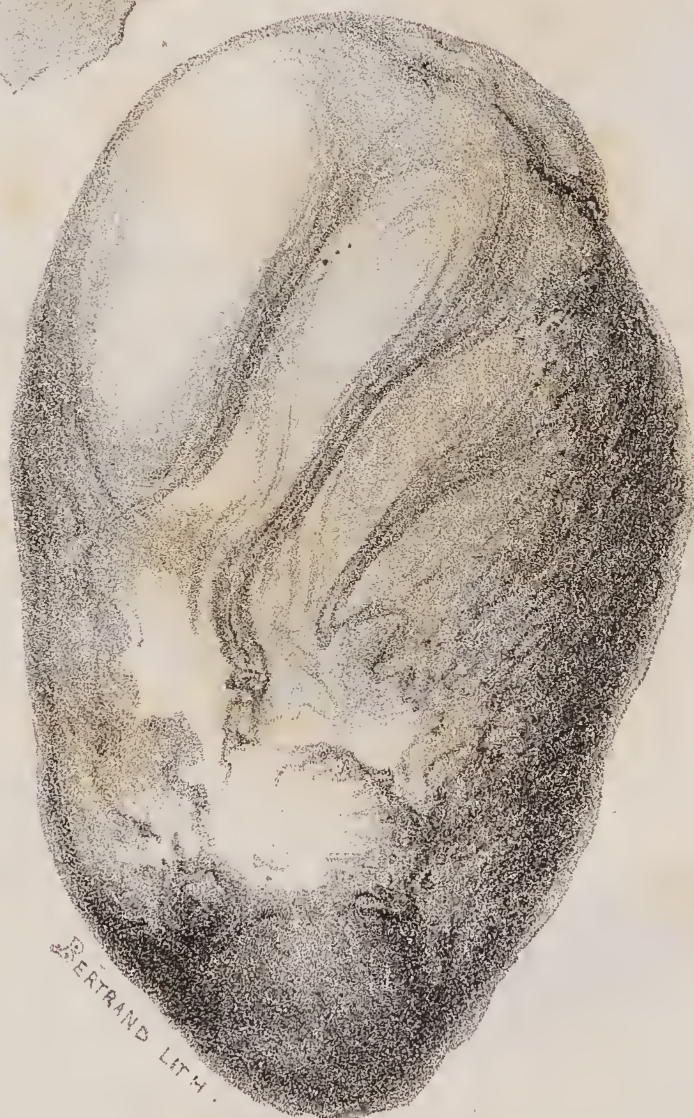


Fig. 1ère



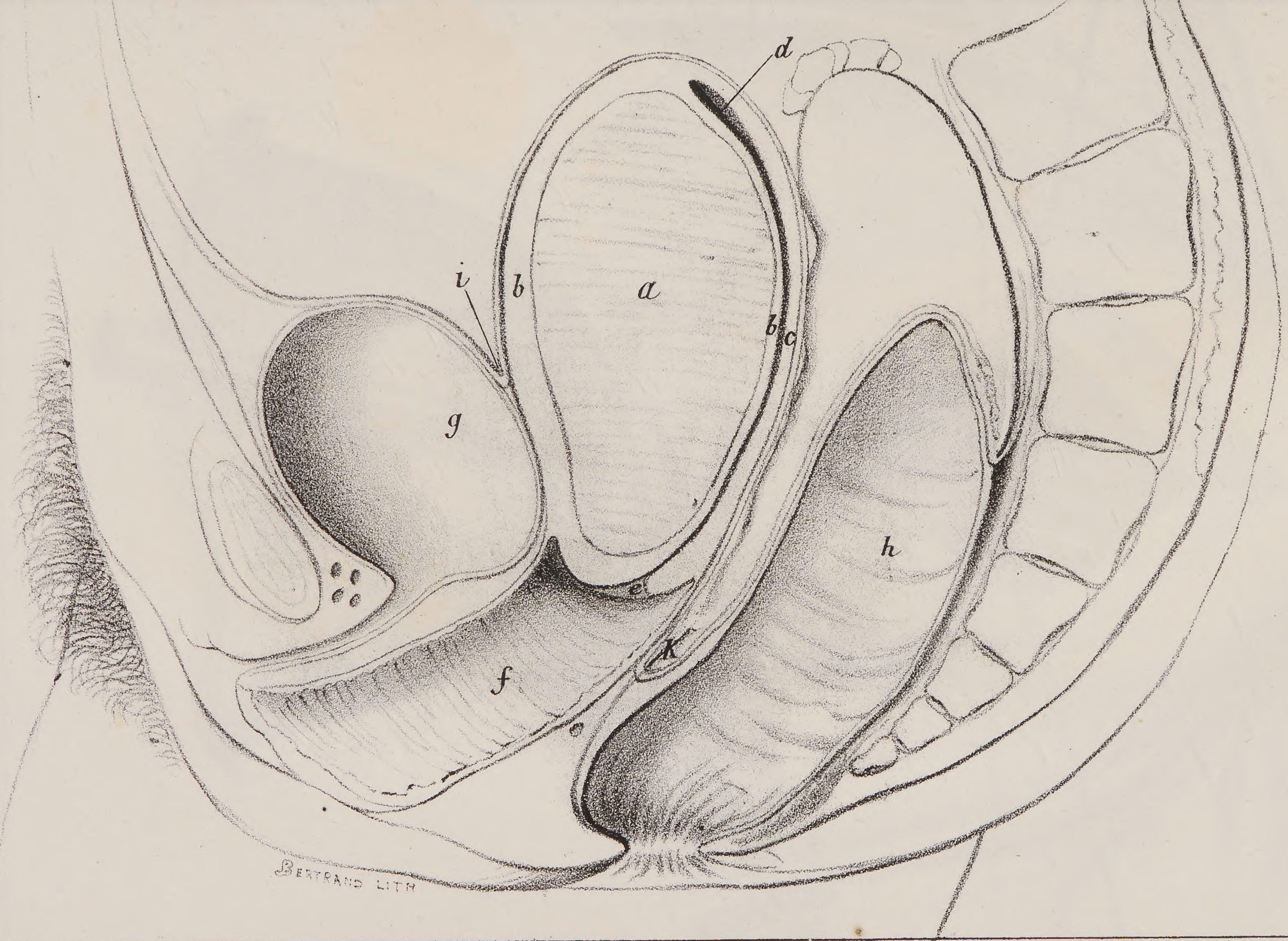
Fig. 4.



[D]r L. Boyer.

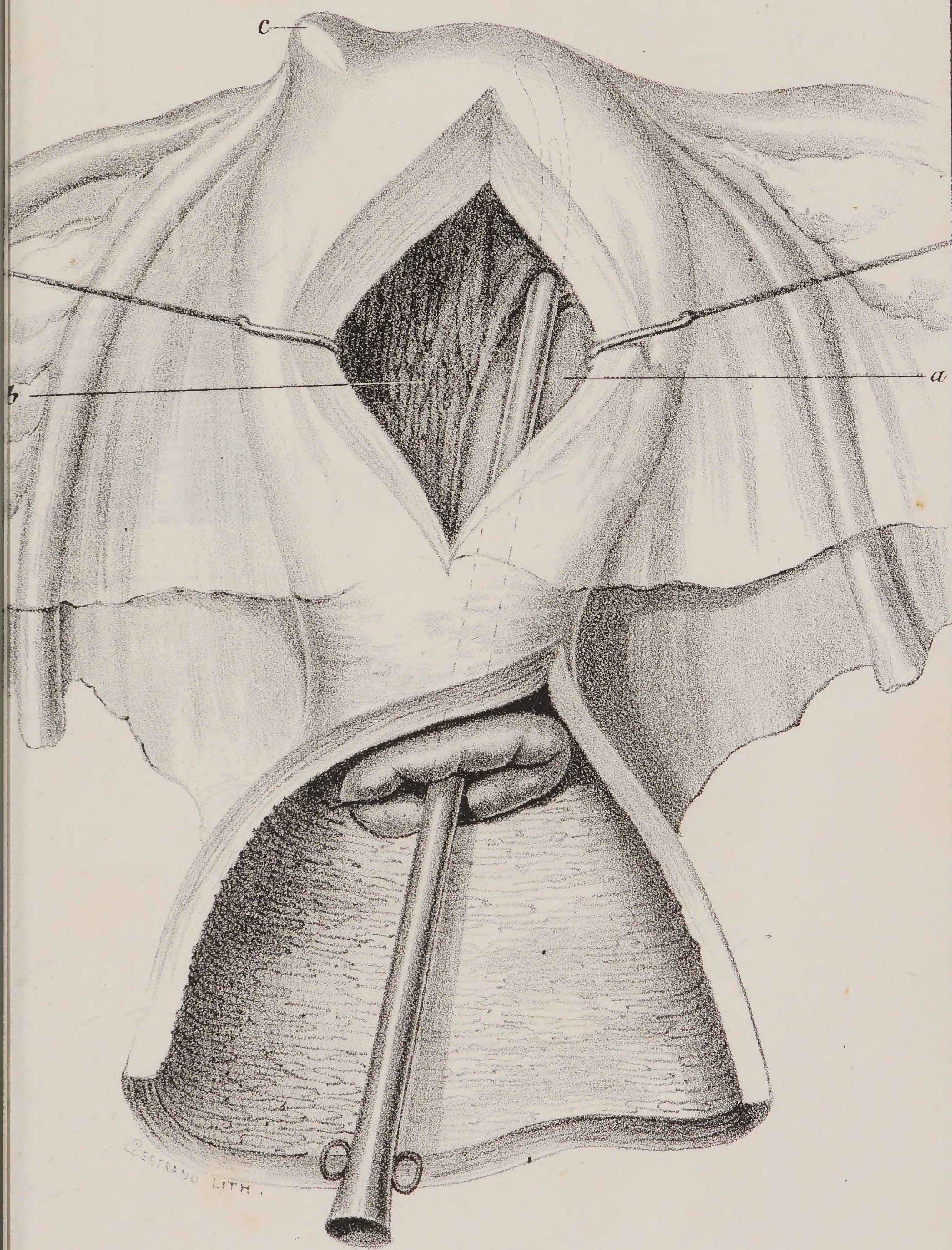
Imp. Lith. A. Patin.

Tumeur fibreuse de l'uterus.



Dr L. Boyer. Imp. Lith. A. Patin.

Tumeur fibreuse de l'utérus



Dr. L. Boyer. Imp. Lith. A. Patin.

Tumeur fibreuse de l'uterus.